



MINISTERIO DE SERVICIOS SOCIALES DE MISSOURI  
 DIVISIÓN DE ASISTENCIA A LA FAMILIA  
 (FAMILY SUPPORT DIVISION - FSD)  
**SOLICITUD DE BENEFICIOS PARA  
 EL PROGRAMA ESTAMPILLAS POR ALIMENTOS**

FOR FSD USE ONLY / PARA USO EXCLUSIVO DE LA FSD		
DATE OF LAST F-T-F INTERVIEW	DATE RECEIVED/APPLICATION DATE	
<input type="checkbox"/> MAIL-IN <input type="checkbox"/> WALK-IN	SCN	DCN

NOMBRE COMPLETO (APELLIDO, PRIMER, SEGUNDO NOMBRES)	TEL. PARTICULAR	TEL. PARA MENSAJES
---	-----------------	--------------------

DOMICILIO PARTICULAR (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO DE ÁREA)

DOMICILIO POSTAL (SI NO COINCIDE CON EL PARTICULAR)

Ud. tiene derecho a presentar en forma inmediata una solicitud de estampillas por alimentos siempre que contenga su nombre, su domicilio y su firma. Llame el resto de la solicitud en su hogar y devuélvala por correo o enviando un fax a la oficina. También puede completarla ya y presentarla ahora. No recibirá ninguna estampilla para alimentos inmediatamente, en el caso de ser aceptado/a, hasta tanto no se haya recibido su solicitud debidamente completada y la entrevista no se haya concretado. La fecha de la solicitud es la que se considera para acceder a los beneficios para estampillas por alimentos. Ud. decide la fecha de su solicitud cuando completa esta sección y la entrega en la oficina. Por la presente, solicito los beneficios para estampillas por alimentos según lo establecido por las leyes del Estado de Missouri y de acuerdo con las disposiciones del Ministerio de Agricultura de los Estados Unidos (USDA).

<b>FIRMA DEL SOLICITANTE</b>	<b>FECHA</b>
------------------------------	--------------

**INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR** A. Mencione todos los integrantes que viven en su hogar. Ponga primero su nombre en la primera línea. En la última columna, tilde (✓) las personas que, de manera conjunta, compran los alimentos y los cocinan. **Revelar el SSN y la condición de inmigrante de cada uno de los integrantes es una decisión personal y voluntaria.** Sin embargo, no se extenderá el beneficio para estampillas por alimentos a quienes no brinden su SSN y / o su condición migratoria. Cualquier dato correspondiente al SSN y a la condición migratoria será utilizado y dado a conocer del mismo modo que se procede con la información de los SSN y de la condición de inmigrante de los integrantes de hogares que reciben las estampillas por alimentos.

NOMBRE	HISPANO SI/ NO	RAZA* / SEXO	RELACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NO. SEGURO SOCIAL (SSN)	CIUDADANO SI / NO	COMPRAN / COCINAN JUNTOS
1.			<b>Su nombre</b>				✓
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							

\*1 - Blanca    2 - Negra/ Afro-Americana    4 - Indígena de Estados Unidos/ Nativo de Alaska    5 - Asiática    6 - Hawaiana/ de las Islas Pacíficas

**B.** ¿Aloja un visitante en su hogar?  
 Sí  No    En caso afirmativo, ¿de quién se trata? \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE DATOS DEL HOGAR** Conteste sí o no a cada una de las preguntas en esta sección. Para cada pregunta cuya respuesta es sí, brinde una explicación en el espacio para ello.

**A.** ¿Alguna vez Ud. u otro miembro de su familia fue culpado de negociar con los beneficios para estampillas por alimentos por un valor de \$500 o mayor?  
 Sí  No    En caso afirmativo, ¿de quién se trata? \_\_\_\_\_

**B.** ¿Está Ud. u otro miembro de su familia escapando para evadir procesamiento, arresto o cárcel por delito cometido (o intención de delinquir) que se considere un delito mayor?  Sí  No    En caso afirmativo, ¿de quién se trata? \_\_\_\_\_

**C.** ¿Está Ud. u otro miembro de su familia violando la condición de libertad vigilada o de libertad bajo palabra?  Sí  No  
 En caso afirmativo, ¿de quién se trata? \_\_\_\_\_

**D.** ¿Recibe Ud. u otro miembro de su familia estampillas por alimentos con otra identidad o como miembro de otro grupo familiar o en otro Estado?  
 Sí  No    En caso afirmativo, ¿de quién se trata? \_\_\_\_\_

**E.** ¿Ha sido Ud. u otro miembro de su familia culpado en las Cortes Federales o Estadales por haber cometido un delito mayor después del 22 de agosto de 1996 en relación con posesión ilegal, uso o distribución de drogas bajo control?  Sí  No  
 En caso afirmativo, ¿de quién se trata? \_\_\_\_\_

**F.** ¿Ha sido hallado culpable Ud. u otro miembro de su familia por una agencia Estatal, o acusado en las Cortes Federales o Estadales por haber hecho declaraciones fraudulentas o falsas con respecto a su identidad o a su lugar de residencia con el propósito de recibir los beneficios para estampillas por alimentos en dos (2) o más lugares al mismo tiempo?  Sí  No

**SERVICIO DE CURSO RÁPIDO:** Si responde afirmativamente a todas las preguntas que figuran a continuación, Ud. puede ser elegido para obtener un servicio de curso rápido. Los beneficios de un servicio con estas características no pueden ser emitidos sin antes realizar la entrevista y de verificar su identidad. Si Ud. satisface los criterios que corresponden a un servicio de curso rápido, podrá ser elegido para obtener los beneficios para estampillas por alimentos dentro de los próximos 7 días. Puede solicitar una entrevista dentro de los 2 días si no recibe el servicio rápido.

1. ¿Su ingreso mensual total para el hogar, luego de las deducciones correspondientes, es de menos de \$150, y el dinero en efectivo / ahorros para su hogar es de \$100 o menos?
2. ¿Sus costos totales de mantenimiento exceden su ingreso y demás recursos mensuales?
3. ¿Son los integrantes de su hogar trabajadores migratorios indigentes o campesinos de trabajo estacional cuyo efectivo y ahorros son de \$100 o menos?

**DERECHO A NO SER DISCRIMINADO Y A UNA AUDIENCIA JUSTA:** En un todo de acuerdo con las Leyes Federales y con la política del Ministerio de Agricultura de los Estados Unidos, se le prohíbe a esta institución discriminar en base a la raza, el color, la nacionalidad, sexo, religión, creencias políticas o discapacidad. Para presentar un reclamo por discriminación, dirigirse a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (Voz y TDD). USDA es proveedor y empleador en igualdad de oportunidades. Ud. podrá obtener una audiencia justa en caso de habersele negado los beneficios y si desea apelar la decisión. También podrá solicitar una audiencia en forma oral o por escrito por cualquier acción de la agencia que afecte su participación en el Programa Estampillas por Alimentos.

TODOS LOS DATOS INCLUIDOS EN ESTA SOLICITUD Y LOS DE LA ENTREVISTA ESTÁN SUJETOS A VERIFICACIÓN POR PARTE DE LOS AGENTES FEDERALES, ESTADALES Y LOCALES. SI SE COMPRUEBA QUE LA INFORMACIÓN BRINDADA ES INCORRECTA, UD. NO RECIBIRÁ LAS ESTAMPILLAS POR ALIMENTOS Y / O PODRÁ SER SOMETIDO A JUICIO POR PROVEER INFORMACIÓN FALSA DE MANERA INTENCIONAL.

### AVISO Y RECONOCIMIENTO SOBRE LAS DISPOSICIONES DE FRAUDE

7 USC 2015(b)(1) Cualquier persona que las Cortes Federales o Estadales o una agencia administrativa descubran que intencionalmente haya hecho una declaración falsa o engañosa, que presente los hechos de modo distorsionado, oculto o que haya retenido información que constituya una transgresión de esta Ley, las disposiciones que de ella emanan, o cualquier estatuto Estatal, con el propósito de utilizar, ofrecer, transferir, adquirir, recibir o poseer los beneficios para estampillas por alimentos, de forma inmediata luego del citado comportamiento, no podrá ser incluida para participar del programa por un período de 1 año la primera vez que incurra en el comportamiento antes descrito, por 2 años la segunda vez y de forma permanente la tercera vez.

7 USC 2024(b), (c) and (h). Cualquier persona que intencionalmente utilice, transfiera, adquiera, altere o posea los beneficios para estampillas por alimentos o recurra a acciones contrarias a la Food Stamp Act / Ley de Estampillas por Alimentos será multada o llevada a prisión. En el fallo condenatorio, las penalidades incluyen una multa de \$250.000 y / o ser puesto en prisión por 20 años si el valor de los beneficios o los recursos para acceder a ellos equivalen a \$5.000 o más. Si el valor es menor de \$5.000 pero mayor de \$100, las penalidades incluirán una multa de \$10.000 y / o prisión por 5 años. Si el valor es menor de \$100, las penalidades incluirán una multa de \$1.000 y / o prisión por 1 año. Cualquier persona que presenta como pago o beneficios de redención o a los recursos para acceder a ellos que se han recibido, transferido, o utilizado ilegalmente será multada de \$20.000 y / o llevada a prisión por 5 años si el valor de los beneficios es de \$100 o más. Si el valor es menor de \$100, las penalidades incluyen una multa de \$1.000 y / o prisión por 1 año. A cualquier persona culpada de cometer delitos mayores en relación con las acciones mencionadas anteriormente, los Estados Unidos así mismo le confiscará los bienes personales y reales que utilizara en las mencionadas transacciones.

7 USC 2015(b)(l)(iii)(IV) and 2015(j). Cualquier persona acusada de traficar con los beneficios para estampillas por alimentos por un valor de \$500 o mayor será excluida del Programa Estampillas por Alimentos en forma permanente al cometer el primer delito. Cualquier persona que haya sido acusada por las Cortes Federales o Estadales o que una agencia administrativa encuentre que haya realizado declaraciones fraudulentas acerca de su identidad o su residencia para obtener múltiples beneficios para estampillas por alimentos, será excluida de participar del Programa Estampillas por Alimentos por 10 (diez) años a partir de la fecha de la decisión de la mencionada agencia o de la mencionada acusación en las Cortes Federales o Estadales.

7 USC 2015(b)(1). Cualquier persona acusada por las Cortes Federales, Estadales o locales de intercambiar los beneficios por drogas bajo control, ilegales o ciertas drogas que requieren prescripción médica será separada del Programa Estampillas por Alimentos por 2 años la primera vez, y en forma permanente la segunda vez. Cualquier persona acusada de intercambiar los beneficios por armas de fuego, municiones o explosivos será separada en forma permanente del Programa Estampillas por Alimentos la primera vez.

7 USC 2015(k). Los individuos que hayan escapado luego de cometer un delito mayor o que hayan violado la libertad condicional o bajo palabra no podrán participar del Programa Estampillas por Alimentos.

En conformidad con la Sección 570.030, RSMo, la sustracción de los beneficios de asistencia pública se considera un delito de Clase C si el valor de esos beneficios equivale a \$750,00 o más. La penalización incluye ser puesto en prisión hasta siete años y una multa que no exceda los \$5.000,00. Si el valor de los beneficios es menor de \$750,00, se considera que el delito cometido es un delito menor de Clase A.

Lea esta página cuidadosamente antes de firmar. Al hacerlo, Ud. está asegurando que comprende los contenidos de esta página. Ud. está certificando que comprende que la información contenida en esta solicitud y durante la entrevista debe ser auténtica y exacta; caso contrario, Ud. quedará sujeto a las penalidades que se describen anteriormente.

Autorizo / autorizamos al Director de Family Support Division / División Asistencia a la Familia o a su representante a investigar mis circunstancias y declaraciones. Estoy en conocimiento que es en contra de la ley obtener o intentar obtener los beneficios para estampillas por alimentos que no me corresponden, u obtener o intentar obtener los beneficios para estampillas por alimentos por una suma mayor que la que me corresponde. Estoy en conocimiento que cualquier reclamo o declaración en falso, u ocultamiento de cualquier hecho del que se tratara, en su totalidad o en parte, que forme parte de esta solicitud o durante la entrevista, podrá ser utilizada en acciones civiles o penales en mi contra.

**FIRMA: Por la presente declaro que comprendo las preguntas en esta solicitud y las penalidades por falso testimonio o por retención de información. Bajo penalización por perjurio, certifico que he dado testimonio verdadero, exacto y completo, y según me consta, de cada uno de los integrantes de mi hogar y en cuyo nombre presento esta solicitud.**

FIRMA	FECHA
FIRMA DEL TESTIGO	FECHA